

**Nerwicowe cechy osobowości i związane z nimi
dysfunkcjonalne postawy pacjentów jako czynniki
predisponujące do wystąpienia myśli samobójczych
pod koniec intensywnej psychoterapii**

**Neurotic personality traits and associated dysfunctional attitudes
as factors predisposing patients to suicidal ideations
at the end of intensive psychotherapy**

Paweł Rodziński, Anna Ostachowska, Katarzyna Cyranka,
Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański,
Anna Citkowska-Kisielevska, Edyta Dembińska, Michał Mielimąka

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Katedra Psychoterapii

Summary

Aim. To determine the relationships between personality traits typical for neurotic disorders and dysfunctional attitudes declared by patients without suicidal ideations (SI) prior to treatment and SI at the end of an intensive psychotherapy with a predominant psychodynamic approach in the day hospital for neurotic, behavioral, or personality disorders.

Material and method. *KO "O" Symptom Checklist* for assessing SI, *Neurotic Personality Questionnaire* KON-2006 for evaluation of neurotic personality characteristics and patients' attitudes, and a *Life Questionnaire*, all completed by a group of 680 patients of a day psychotherapy ward, treated for the first time. Statistical analysis encompassed 466 non-SI patients, 4% of whom had SI at the end of treatment.

Results. A number of attitudes have been identified in patients who were significantly predisposed to SI at the end of intensive psychotherapy: physical aggression towards relatives ($p < 0.001$), grandiose fantasies ($p = 0.043$), resignation tendencies ($p = 0.022$), resignation feeling associated with the experience of loss of life opportunities ($p = 0.037$), and being guided mainly by intuition ($p = 0.035$). It was also observed that declaring certain attitudes was significantly associated with less than average chance of SI at the end of treatment.

Conclusions. In patients who declared these attitudes, there was a higher risk of SI at the end of the psychotherapy cycle than in the remaining patients (10–30% vs. 4%), which indicates the presence of specific dysfunctions of personality, in the case of which intensive psychotherapeutic work requires particular caution – it can trigger emotional stress leading to SI instances. It can be assumed that SI are the result of the reconstruction of defense mechanisms

while working on insight, confrontation with the causes and consequences of the patients' own physical aggression towards the loved ones, the realization of the size of their grandiose thinking and the insight into its function, and the insight into the causes of resignation attitudes.

Słowa kluczowe: myśli samobójcze, osobowość, psychoterapia

Key words: suicidal ideations, personality, psychotherapy

Wprowadzenie

Myśli samobójcze (MS), zachowania samobójcze (ZS) oraz próby samobójcze (PS) są elementami psychopatologii wielu zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń lękowych, nastroju oraz zaburzeń osobowości [1]. Wyniki metaanaliz wykazują, że zaburzenia nerwicowe oraz lęk jako cecha są niezależnymi predyktorami wystąpienia myśli i prób samobójczych [2]. Z kolei podstawową i przyczynową formą leczenia zaburzeń nerwicowych, behawioralnych i zaburzeń osobowości jest psychoterapia, która przeważnie prowadzi do redukcji i eliminacji MS u pacjentów z wymienionymi zaburzeniami [3–6].

Psychoterapia opiera się na przymierzach terapeutycznym oraz związanej z nim więzi terapeutycznej [7]. Podstawowe cele psychoterapii zakładają usunięcie objawów oraz modyfikację funkcjonowania osobowości, które odpowiadają za zaburzenia przeżywania i zachowania [8, 9]. W podejściu psychodynamicznym psychoterapia nakierowana jest na uzyskanie przez pacjentów wglądu, czyli uświadomienie sobie i rozeznanie własnych konfliktów wewnętrznych, wyrażanych objawami przeżyć o nieuświadomionej treści, do których dostępu bronią mechanizmy obronne. Wymaga to dostrzeżenia związków między pewnymi postawami, zachowaniami, sposobem ich interpretowania oraz współwystępującymi stanami emocjonalnymi [10, 11]. Mechanizmy obronne odpowiadają za zniekształcenia procesów myślowych i percepcyjnych, które pozwalają pacjentom ochronić się przed nadmiarem lęku oraz zachować integralność własnego „ja” [12]. W zależności od stopnia, w jakim mechanizmy obronne doprowadzają do owych zniekształceń, kategoryzuje się je, wyróżniając mechanizmy dojrzałe, neurotyczne i niedojrzałe [13–15]. Rekonstrukcja owych mechanizmów odpowiedzialnych za istotne zniekształcenia procesów poznawczych i percepcyjnych oraz zastąpienie ich dojrzałszymi mechanizmami obronnymi należą do celów leczenia psychoterapeutycznego. Przez stymulowaną interwencjami analizę niedojrzałe czy też dysfunkcyjne mechanizmy obronne mają zostać przekształcone w mechanizmy bardziej dojrzałe i funkcjonalne.

Konfrontacja pacjentów z wcześniej nieuświadomianymi przeżyciami prowadzi do ustąpienia objawów nerwicowych, choć w trakcie leczenia bywa także przyczyną istotnych z klinicznego punktu widzenia, przejściowych fluktuacji stanu psychicznego, w tym zmian afektu, wzmożenia napięcia lękowego, wyzwolenia frustracji lub złości [16]. Według koncepcji psychodynamicznych przejściowe pogorszenie objawowe u pacjenta może wiązać się z regresją, czyli powrotem do funkcjonowania psychicznego właściwego dla wcześniejszych faz rozwoju, na których rozwój jego osobowości został zahamowany. W konsekwencji u pacjentów w regresji zmniejsza się tolerancja na napięcie emocjonalne i stres, wzrasta nasilenie objawów psycho-

patologicznych oraz pojawiają się nowe symptomy, w tym także MS [17]. Z kolei psychoterapeuci posługujący się podejściem behawioralnym rozumieją przejściowo występujące w psychoterapii pogorszenie jako wzrost niepokoju w odpowiedzi na ekspozycję na określone bodźce stresowe, po których następuje efekt wygaszania [16]. Niezależnie od stosowanego podejścia psychoterapeutycznego oraz związanych z nim teorii przejściowy dyskomfort i napięcie emocjonalne pacjentów inicjowane interwencjami psychoterapeutycznymi, a co za tym idzie – okresowe pogorszenie objawowe, w większości przypadków wydają się nieuniknionymi krokami na drodze ku lepszemu funkcjonowaniu, czy też pewnego rodzaju dojrzałości [18].

W badaniach nad niepożądanymi następstwami stosowania różnych metod leczenia zaburzeń psychicznych jako jeden z tego rodzaju efektów wymienia się wystąpienie MS u osób, które przed leczeniem nie były nimi obarczone. Istnieje wiele doniesień na temat pojawienia się MS w związku z przyjmowaniem leków przeciwdepresyjnych [19–22] oraz przybywa badań poświęconych MS jako niepożądanym następstwom terapii niefarmakologicznych [23, 24]. Szacuje się, że pogorszenie stanu zdrowia występuje u 5–10% pacjentów leczonych za pomocą różnych metod psychoterapeutycznych [18, 25, 26]. Z licznych doniesień wynika, że wyjściowo wysoki poziom nasilenia zaburzeń psychicznych jest istotnym czynnikiem podnoszącym ryzyko wystąpienia niekorzystnych zmian w trakcie psychoterapii, w tym podnoszącym ryzyko pojawienia się MS. Niekorzystny wpływ w tym zakresie przypisuje się m.in. deficytom umiejętności interpersonalnych, tendencjom do przyjmowania negatywnych ról w grupie oraz oporowi przed „odsłanianiem siebie” w toku psychoterapii, a także wygórowanym, nierealistycznym oczekiwaniom wobec psychoterapii [27].

W badaniu nad niepożądanymi następstwami psychoterapii prowadzonej w różnych modalnościach, w tym w podejściu psychodynamicznym i poznawczo-behawioralnym, wykazano, że w trakcie leczenia psychoterapią pacjentów z różnymi rozpoznaniem (m.in. zaburzeń lękowych, depresji oraz zaburzeń osobowości) MS pojawiły się po raz pierwszy u 14,9% badanych [28]. W innym badaniu pierwszorazowe wystąpienie MS w toku leczenia ambulatoryjnego pacjentów z rozpoznaniem depresji dotyczyło 10,9% badanych w trakcie 6-miesięcznej obserwacji. Pojawienie się MS u tych pacjentów korelowało dodatnio z wyższym poziomem lęku przed leczeniem oraz wyższym nasileniem depresji po 6 miesiącach leczenia [29]. Niemniej jednak przyjmuje się, że zmiany zachodzące u pacjentów pod wpływem psychoterapii są złożone i następują nierównomiernie w różnych obszarach funkcjonowania, dlatego pojawienie się MS nie może być zwykle utożsamiane z niepowodzeniem psychoterapii [27].

Według badań dotyczących pacjentów rozpoczynających intensywne leczenie psychoterapeutyczne z powodu zaburzeń nerwicowych, behawioralnych lub zaburzeń osobowości rozpowszechnienie MS może sięgać nawet 30% [6]. Co więcej, należący do tej grupy pacjenci z MS w stosunku do pacjentów bez MS charakteryzują się wyższym poziomem ogólnego nasilenia dolegliwości nerwicowych oraz wyższym nasileniem zaburzeń osobowości [30]. Szczegółowa analiza tej populacji pacjentów ujawniła także wiele związków pomiędzy szansami na redukcję wyjściowo obecnych MS a prezentowanymi objawami i cechami osobowości pacjentów [31]. Tymczasem brakuje badań empirycznych poświęconych pacjentom, którzy rozpoczynając terapię,

nie byli obarczeni MS, a ujawnili je po leczeniu psychoterapeutycznym. Dostępne piśmiennictwo nie dostarcza wskazówek, które pozwoliłyby zidentyfikować pacjentów obarczonych wysokim ryzykiem ujawnienia MS po przebyciu psychoterapii.

W odpowiedzi na ten problem kliniczny, sugerując się aktualnymi poglądami na etiologię MS, przyjęto, że ważną rolę w patomechanizmie odpowiedzialnym za wystąpienie MS u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi i zaburzeniami osobowości mogą odgrywać ich cechy osobowości i związane z nimi dysfunkcjonalne postawy. Założono, że analiza roli tych czynników pozwoli poszerzyć dotychczasowy zasób wiedzy na temat niepożądanych następstw psychoterapii, do jakich należą MS, i ułatwi w praktyce klinicznej odpowiednio wczesne przewidzenie, u których pacjentów może dojść do ich wystąpienia. Autorzy podjęli tym samym próbę określenia, jakie cechy osobowości lub dysfunkcjonalne postawy są istotnymi predyktorami wystąpienia MS po psychoterapii u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi i zaburzeniami osobowości, którzy wcześniej nie zgłaszali MS.

Cel

Celem niniejszej pracy było określenie związków pomiędzy cechami osobowości typowymi dla zaburzeń nerwicowych i dysfunkcjonalnymi postawami deklarowanymi przez pacjentów bez MS przed leczeniem a wystąpieniem MS pod koniec cyklu intensywnej psychoterapii prowadzonej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego na oddziale dziennym z powodu zaburzeń nerwicowych, behawioralnych lub zaburzeń osobowości.

Material i metoda

Grupa badana

Do badania włączono 680 pacjentów, w tym 473 kobiety i 207 mężczyzn, leczonych na Oddziale Dziennym Leczenia Nerwic i Zaburzeń Behawioralnych Zakładu Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w latach 2005–2013. Podstawowym źródłem danych socjodemograficznych była *Ankieta życiorysowa* wypełniana przez pacjentów na etapie kwalifikacji do leczenia. Charakterystykę płci i wieku przedstawia zbiorczo tabela 1, stanu cywilnego – tabela 2, wykształcenia – tabela 3 i źródła utrzymania – tabela 4. Średnia wieku badanych kobiet wynosiła 29,9 roku, a mężczyzn 30,4 roku. Kobiety stanowiły ponad 70% populacji badanej grupy.

Tabela 1. **Wiek pacjentów**

Płeć	Kobiety	Mężczyźni
Liczebność	461	219
Średnia \pm odchylenie standardowe	29,9 \pm 8,1 roku	30,4 \pm 7,4 roku
Mediana	27,4 roku	29,0 lat
Minimum – maksimum	18,2 – 57,1 roku	18,9 – 55,6 roku

Tabela 2. **Stan cywilny**

Wyszczególnienie	Kobiety		Mężczyźni	
	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek
Panna/kawaler	288	62,5%	140	63,9%
Zamężna/zonaty	145	31,5%	69	31,5%
Separacja	5	1,1%	2	0,9%
Rozwiedziona/rozwiedziony	20	4,3%	7	3,2%
Wdowa/wdowiec	3	0,7%	1	0,5%

Tabela 3. **Wykształcenie**

Wyszczególnienie	Kobiety		Mężczyźni	
	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek
Podstawowe	2	0,4%	0	0,0%
Średnie nieukończone	6	1,3%	6	2,7%
Średnie ukończone	112	24,3%	53	24,2%
Nieukończone licencjackie lub pomaturalne	23	5,0%	8	3,7%
Licencjat lub pomaturalne ukończone	41	8,9%	16	7,3%
Wyższe nieukończone	72	15,6%	33	15,1%
Wyższe ukończone	205	44,5%	103	47,0%

Tabela 4. **Źródło utrzymania**

Wyszczególnienie	Kobiety		Mężczyźni	
	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek
Na utrzymaniu rodziny/uczeń/student	135	29,3%	50	22,8%
Pracownik umysłowy	157	34,1%	72	32,9%
Pracownik sektora usługi/rzemiosło	31	6,7%	17	7,8%
Robotnik	3	0,7%	3	1,4%
Rolnik	3	0,7%	0	0,0%
Własna firma, przedsiębiorstwo rodzinne	18	3,9%	22	10,0%
Bezrobotny	60	13,0%	28	12,8%
Renta	5	1,1%	2	0,9%
Emerytura	1	0,2%	1	0,5%
Inne	48	10,4%	24	11,0%

Narzędzia pomiarowe i kwalifikacja do leczenia

Procedura kwalifikacji pacjenta do leczenia na dziennym oddziale psychoterapeutycznym obejmowała co najmniej dwa badania psychiatryczne, badania psychologiczne oraz badania wykluczające wysokie ryzyko samobójcze, a także inne zaburzenia psychiczne, w tym zaburzenia afektywne, psychozy schizofreniczne, zaburzenia egzogenne lub rzekomonerwicowe oraz ciężkie choroby somatyczne, które uniemożliwiają korzystanie z psychoterapii na oddziale. Wszystkim pacjentom postawiono rozpoznania według klasyfikacji ICD-10 mieszczące się w kategorii od F40 do F61. Proces konsultacji ambulatoryjnych trwał zwykle 2–3 tygodnie. Od zakończenia kwalifikacji do rozpoczęcia leczenia na oddziale upływało zwykle od 4 do 12 tygodni.

Cechy osobowości nerwicowej oraz związane z nimi dysfunkcjonalne postawy badano za pomocą *Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006*. Pozwala on na obliczenie współczynnika X-KON, mówiącego o globalnym nasileniu cech osobowości nerwicowej. Jego składowymi są 24 skale odzwierciedlające nasilenie poszczególnych cech osobowości nerwicowej. Wartości wymienionych skal oblicza się na podstawie deklaracji dotyczących 243 stwierdzeń, z których każde może zostać ocenione przez pacjenta jako prawdziwe bądź fałszywe. Deklaracje te – odnoszące się do poszczególnych stwierdzeń zawartych w kwestionariuszu – posłużyły do oceny dysfunkcjonalnych postaw związanych z nerwicowymi cechami osobowości [32].

Drugim kluczowym narzędziem zastosowanym podczas niniejszego badania był *Kwestionariusz Objawowy „O”* (KO „O”). Obejmuje on szeroki wachlarz objawów zaburzeń nerwicowych i daje możliwość oceny zmian nasilenia objawów w przebiegu psychoterapii. Pozycja 62. KO „O” – pytanie o uciążliwość w ciągu ostatnich siedmiu dni chęci odebrania sobie życia – była podstawą oceny rozpowszechnienia i nasilenia MS, definiowanych jako chęć odebrania sobie życia. Pacjent miał możliwość zaznaczenia odpowiedzi negatywnej (0), oznaczającej brak MS, oraz odpowiedzi pozytywnej, oznaczającej występowanie MS. Trzy stopnie odpowiedzi pozytywnej: (a) „nieznacznie uciążliwe”, (b) „średnio uciążliwe”, (c) „wysoce uciążliwe”, pozwalały na ocenę nasilenia „uciążliwości” objawu [33].

Wszystkie badania kwestionariuszowe były wykonywane przez pacjentów dwukrotnie – podczas kwalifikacji oraz przy wypisie, pod koniec psychoterapii. Całkowity odstęp czasowy między pomiarami wyniósł średnio $137,1 \pm 30,3$ dnia u kobiet oraz $132,4 \pm 30,5$ dnia u mężczyzn.

Rodzaje zaburzeń i przebieg leczenia

Do badania włączono tylko pacjentów leczonych w wyżej wymienionym ośrodku po raz pierwszy, z rozpoznaniem ze spektrum ICD-10 F40–F61, w tym pacjentów, u których diagnozie zaburzeń osobowości towarzyszyły inne zaburzenia psychiatryczne z grup F4 i F5 (tab. 5).

Tabela 5. Rodzaj zaburzeń według klasyfikacji ICD-10

Zaburzenia	Kobiety (n = 461)		Mężczyźni (n = 219)	
	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek
F40 Zaburzenia lękowe w postaci fobii	51	11,1%	31	14,2%
F41 Inne zaburzenia lękowe	145	31,5%	73	33,3%
F42 Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne	15	3,3%	12	5,5%
F43 Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne	40	8,7%	18	8,2%
F44 Zaburzenia dysocjacyjne	9	2,0%	1	0,5%
F45 Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną	45	9,8%	20	9,1%
F48 Inne zaburzenia nerwicowe	3	0,7%	8	3,7%
F50 Zaburzenia odżywiania	27	5,9%	0	0,0%
F60/F61 Specyficzne zaburzenia osobowości lub Zaburzenia osobowości mieszane i inne ^a	198	43,0%	94	42,9%
Inne ^b	19	4,1%	13	5,9%

^a – zaburzenia osobowości często stanowiły drugie rozpoznanie towarzyszące rozpoznaniu z grup F4 i F5

^b – rozpoznania współwystępujące z diagnozami ze spektrum F40–F61

Planowy czas trwania terapii wynosił 12 tygodni. W trakcie leczenia pacjenci uczestniczyli w intensywnej psychoterapii w grupach otwartych liczących średnio 8–10 osób w wymiarze 10–15 sesji tygodniowo, od poniedziałku do piątku, połączonej z jedną sesją terapii indywidualnej tygodniowo. Psychoterapia prowadzona była w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego z elementami terapii poznawczej i behawioralnej. W toku psychoterapii stosowano przede wszystkim klaryfikacje, konfrontacje i interpretacje, mające na celu poszerzenie wglądu pacjentów w funkcje zgłaszanych objawów, wykorzystywane mechanizmy obronne oraz procesy interpersonalne zachodzące podczas terapii. Ważnymi elementami leczenia były praca z oporem i przeniesieniem, wzmacnianie siły ego i autonomii pacjentów, korygowanie dysfunkcjonalnych schematów poznawczych oraz tworzenie okoliczności pozwalających na korektywne przeżycia [34–38].

Niewielka część pacjentów korzystała równolegle z psychofarmakoterapii, której zakres, według założeń przyjmowanych w oddziale, był zmniejszany w zależności od stanu psychicznego pacjenta. Celem redukcji dawek przyjmowanych leków było uzyskanie optymalnego dostępu do przeżyć pacjentów oraz okoliczności związanych z objawami. Według oddzielnych, niepublikowanych jeszcze badań A. Murzyn na grupie 169 pacjentów z lat 2008–2011 odsetek badanych korzystających z leków przeciwdepresyjnych lub uspokajających na tym samym oddziale wynosił 3,0%.

Metodyka poszukiwania czynników prognostycznych dla wystąpienia MS pod koniec terapii

Do badania włączono 680 pacjentów leczonych po raz pierwszy na dziennym oddziale psychoterapeutycznym. Wśród nich 146 kobiet oraz 68 mężczyzn zadeklarowało występowanie MS przed leczeniem. Przyjęto założenie, że obecność MS u pacjentów deklarujących MS przy kwalifikacji była uwarunkowana czynnikami niezwiązanymi z procesem psychoterapii. W związku z tym tę grupę pacjentów wyłączono z dalszej analizy w celu wyłonienia czynników istotnych dla wystąpienia MS w związku z zastosowanym leczeniem psychoterapeutycznym.

Dalszą analizą statystyczną objęto wyniki badań kwestionariuszowych 466 pacjentów, w tym 327 kobiet i 139 mężczyzn. Z tej populacji wyodrębniono dwie podgrupy: podgrupę pacjentów rozpoczynających terapię bez MS, u których następnie doszło do ich ujawnienia się ($n = 19$), oraz podgrupę pacjentów, u których MS nie wystąpiły ani na początkowym etapie leczenia, ani na etapie końcowym ($n = 447$). Obydwie podgrupy porównano między sobą w zakresie m.in. poziomu neurotycznej dezintegracji osobowości, cech osobowości nerwicowej oraz poszczególnych postaw odzwierciedlających dysfunkcje osobowości typowe dla zaburzeń nerwicowych. W tym celu zastosowano test niezależności χ^2 Pearsona dla zmiennych nominalnych oraz test t -Studenta dla prób niezależnych dla zmiennych o rozkładzie normalnym.

Dane uzyskane w wyniku wymienionych badań diagnostycznych wykorzystano za zgodą pacjentów, przechowywano je i opracowywano w postaci anonimowej. Do opracowania statystycznego użyto licencjonowanego pakietu statystycznego STATISTICA PL.

Wyniki

Przeprowadzone analizy statystyczne pozwoliły wyróżnić dwie grupy postaw mających wpływ, przy wyjściowym braku MS, na ryzyko pojawienia się MS pod koniec leczenia intensywną psychoterapią prowadzoną w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego zaburzeń nerwicowych, behawioralnych lub zaburzeń osobowości.

Pierwsza grupa postaw deklarowanych przez pacjentów wiązała się z wyższym niż przeciętne ryzykiem wystąpienia MS pod koniec psychoterapii, przy ich początkowym braku (tab. 7). Wśród istotnych statystycznie postaw deklarowanych w *Kwestionariuszu Osobowości Nerwicowej KON-2006* znalazły się: „Gdy jestem w trudnej sytuacji, spodziewam się, że coś mnie uratuje” ($p = 0,007$); „Często wyobrażam sobie, że jestem kimś wielkim” ($p = 0,043$); „Kieruję się przede wszystkim instynktem, intuicją” ($p = 0,035$); „Zdarza mi się pobić kogoś z rodziny lub przyjaciela” ($p < 0,001$); „Nawet wtedy, gdy wszystko idzie dobrze, często rezygnuję” ($p = 0,022$); „Często tracę życiowe okazje przez to, że niepotrzebnie się wycofuję” ($p = 0,037$); oraz blisko granicy istotności: „Często bywam okrutna/okrutny dla moich bliskich” ($p = 0,057$).

Tabela 7. Postawy zadeklarowane przez pacjentów, które wiązały się z wyższym niż przeciętne ryzykiem wystąpienia MS pod koniec terapii przy ich wyjściowej nieobecności (n = 466)

Postawy	p	Chi ² Pearsona	OR	95% CI
Zdarza mi się pobić kogoś z rodziny lub przyjaciela.	< 0,001	14,59	7,68	2,27–25,94
Często bywam okrutna/okrutny dla moich bliskich.	0,057	3,64	2,40	0,95–6,04
Kieruję się przede wszystkim instynktem, intuicją.	0,035	4,45	2,78	1,04–7,43
Gdy jestem w trudnej sytuacji, spodziewam się, że coś mnie uratuje.	0,007	7,23	6,00	1,37–26,29
Często wyobrażam sobie, że jestem kimś wielkim.	0,043	4,08	2,51	1,00–6,33
Nawet wtedy, gdy wszystko idzie dobrze, często rezygnuję.	0,022	5,22	2,83	1,12–7,13
Często tracę życiowe okazje przez to, że niepotrzebnie się wycofuję.	0,037	4,33	4,25	0,97–18,64

Druga grupa dotyczyła postaw związanych z istotnie niższym niż przeciętne ryzykiem, przy wyjściowej nieobecności MS, wystąpienia MS pod koniec cyklu intensywnej psychoterapii (tab. 8). Do takich postaw deklarowanych w *Kwestionariuszu Osobowości Nerwicowej KON-2006* należały: „Dobrze wiem, co jest dobrem, a co złem” ($p = 0,002$); „Lubię podniecenie seksualne” ($p = 0,017$); „Zwykle, zanim podejmę decyzję, analizuję drobiazgowo wszystkie fakty i detale” (0,043); „Chcę działać tak, by wszyscy byli zadowoleni” (0,048); „Bywam tak zapracowany, że nie mam czasu na rozrywkę” ($p = 0,044$); „Nawet kiedy się bardzo staram, nie pracuję tak szybko jak inni” ($p = 0,049$); „Denerwuje mnie wszelka dziwaczność, obcość, nienaturalność” ($p = 0,026$).

Tabela 8. Postawy zadeklarowane przez pacjentów, które wiązały się z niższym niż przeciętne ryzykiem wystąpienia MS pod koniec terapii przy ich wyjściowej nieobecności (n = 466)

Postawy	p	Chi ² Pearsona	OR	95% CI
Dobrze wiem, co jest dobrem, a co złem.	0,002	9,38	0,25	0,10 – 0,65
Zwykle, zanim podejmę decyzję, analizuję drobiazgowo wszystkie fakty i detale.	0,043	4,08	0,40	0,16 – 1,00
Denerwuje mnie wszelka dziwaczność, obcość, nienaturalność.	0,026	4,98	0,22	0,05 – 0,94
Bywam tak zapracowany, że nie mam czasu na rozrywkę.	0,044	4,07	0,30	0,09 – 1,03
Nawet kiedy się bardzo staram, nie pracuję tak szybko jak inni.	0,049	3,86	0,31	0,09 – 1,06
Chcę działać tak, by wszyscy byli zadowoleni.	0,048	3,91	0,39	0,15 – 1,02
Lubię podniecenie seksualne.	0,017	5,74	0,31	0,11 – 0,85

Po zastosowaniu testu *t*-Studenta dla prób niezależnych stwierdzono, że spośród 25 zmiennych mierzonych *Kwestionariuszem osobowości nerwicowej KON-2006* (24

skal oraz współczynnika XKON) żadna nie była istotnie związana z wystąpieniem MS pod koniec cyklu intensywniej psychoterapii, przy wyjściowym ich braku. Wartość predykcyjną bliską granicy istotności statystycznej stwierdzono tylko w wypadku jednej skali: średni poziom poczucia zagrożenia był wyższy u pacjentów, u których pod koniec terapii wystąpiły MS, w porównaniu z pozostałymi ($p = 0,058$).

Dyskusja

Wyniki innych badań populacji pacjentów podejmujących intensywną psychoterapię z powodu zaburzeń nerwicowych, behawioralnych lub zaburzeń osobowości wykazały, że ogólne nasilenie nerwicowych zaburzeń osobowości (mierzone kwestionariuszem KON-2006, za pomocą współczynnika XKON *globalnej nerwicowej dezintegracji osobowości*) koreluje dodatnio z obecnością MS na etapie rozpoczynania leczenia [6]. Niniejsze badanie, poświęcone wyłącznie pacjentom, u których wyjściowo nie występowały MS, wbrew przypuszczeniom wykazało jednak, że wyjściowe ogólne nasilenie nerwicowych zaburzeń osobowości (ocenione za pomocą współczynnika XKON kwestionariusza KON-2006) nie pozwala na prognozowanie ryzyka ujawnienia się MS pod koniec leczenia psychoterapeutycznego. Oceniając zaś znaczenie predykcyjne poszczególnych cech osobowości nerwicowej za pomocą kwestionariusza KON-2006, stwierdzono tylko pojedynczy trend bliski poziomowi istotności statystycznej ($p = 0,058$), który pozwala przypuszczać, że stosunkowo wysokie wyjściowe poczucie zagrożenia w niewielkim stopniu predysponuje do ujawnienia się MS pod koniec terapii. Wyniki te mogą świadczyć o znacznej niejednorodności czynników osobowościowych związanych z MS u badanych oraz dużej złożoności zmian, jakie zachodzą w tym obszarze pod wpływem psychoterapii. Obserwacje te potwierdzają zasadność poddania analizie bardziej szczegółowych zmiennych, takich jak służące do oceny nerwicowych cech osobowości poszczególne postawy pacjentów.

Takie ukierunkowanie analiz pozwoliło na zidentyfikowanie u pacjentów szeregu dysfunkcyjnych postaw z obszaru cech osobowości nerwicowej, które istotnie predysponują do ujawnienia się MS w związku z przebyciem cyklu intensywnego leczenia psychoterapeutycznego. Chodzi o następujące postawy: „Gdy jestem w trudnej sytuacji, spodziewam się, że coś mnie uratuje” ($p = 0,007$) oraz „Często wyobrażam sobie, że jestem kimś wielkim” ($p = 0,043$). Obrazują one stosowanie przez pacjentów fantazjowania jako mechanizmu obronnego, a zwłaszcza wyobrażeń wielkościowych dostarczających poczucia bezpieczeństwa oraz podnoszących poczucie własnej wartości [39]. Tendencje tego rodzaju uznawane są za typowe dla osobowości narcystycznej. W jej rysie dominuje potrzeba podtrzymania zafałszowanego wizerunku własnej osoby, subiektywnego przekonania o własnej wyjątkowości i dużym znaczeniu oraz silne oczekiwanie gratyfikacji, podziwu i uznania, a także skupienie na samym sobie i znikome zainteresowanie sprawami innych osób. Myśli oraz próby samobójcze mogą pojawić się u tego rodzaju osób w sytuacji, gdy konfrontacja z rzeczywistością sprawia, że podtrzymanie wielkościowego wyobrażenia o sobie staje się niemożliwe. Prowadzi to do przytłaczającego poczucia rozczarowania własną niewystarczającą wartością i niedoskonałością oraz wzbudza silne uczucia żalu do siebie, wstydu i złości.

Część teorii suicydogenetycznych w podobny sposób opisuje powstawanie MS. Przykładem tego może być eskapistyczna teoria samobójstwa (*Escape Theory of Suicide*) Roya F. Baumeistera [40, 41], która jako początek sześciostopniowego drzewa decyzyjnego prowadzącego najpierw do MS, a następnie do samobójstwa, wskazuje doznanie silnego zawodu i rozczarowania, często w związku z nierealnymi, zbyt rygorystycznymi względem siebie oczekiwaniami. Można zatem przypuszczać, że w części przypadków wystąpienie MS pod koniec psychoterapii może być następstwem konfrontowania się pacjentów z bolesnymi rozbieżnościami pomiędzy ich oczekiwaniami wobec samych siebie a realnością i trudnościami w rezygnowaniu z owych wygórowanych oczekiwań. Zawyżone poczucie własnej wartości i koncentracja na sobie mogą także skutkować małą otwartością na interwencje terapeutyczne. Przez pacjentów o narcystycznych mechanizmach obronnych o niskim stopniu dojrzałości interwencje mogą być paradoksalnie odbierane jako przejawy wrogości, a co za tym idzie – stworzenie więzi terapeutycznych może być szczególnie utrudnione.

W konsekwencji wymienionych zjawisk prowadzona w toku psychoterapii dekonstrukcja narcystycznych mechanizmów obronnych, zwłaszcza tych cechujących się znaczną niedojrzałością, może prowadzić do kumulacji napięcia emocjonalnego i wystąpienia objawów ze spektrum autoagresji, w tym MS. Szkodliwy wpływ postawy wielkościowej wydaje się tym bardziej prawdopodobny, że postawy w pewnym stopniu przeciwstawne do niej korelowały z mniejszym ryzykiem wystąpienia MS pod koniec psychoterapii. Wśród nich znalazły się: postawa sugerująca nieakceptowanie wyróżniania się lub niedopasowania do grupy („Denerwuje mnie wszelka dziwaczność, obcość, nienaturalność”; $p = 0,026$) oraz postawy, które poniekąd mogą wyrażać, że dana osoba ceni sobie relacje międzyludzkie („Chcę działać tak, by wszyscy byli zadowoleni”; $p = 0,048$ oraz „Lubię podniecenie seksualne”; $p = 0,017$). Wyniki te współbrzmiały z interpersonalną teorią zachowań samobójczych Thomasa Joinera [42], według której niezaspokojona potrzeba przynależności (*thwarted belongingness*) jest jednym z dwóch kluczowych czynników prowadzących do wystąpienia MS.

Z kolei predysponujące do ujawnienia się MS pod koniec psychoterapii postawy – takie jak: „Często tracę życiowe okazje przez to, że niepotrzebnie się wycofuję” ($p = 0,037$) oraz „Nawet wtedy, gdy wszystko idzie dobrze, często rezygnuję” ($p = 0,022$) – ukazują obraz osoby skłonnej do nieuzasadnionego pesymizmu i przedwczesnej rezygnacji ze swoich dążeń. Literatura przedmiotu dostarcza wielu empirycznych dowodów na związki pomiędzy tendencjami rezygnacyjnymi a MS [42]. Wyrazem skrajnie nasilonych tendencji do rezygnacji mogą być myśli rezygnacyjne, które uznawane są za prekursorzy bądź też składowe MS. Twórcy teorii psychodynamicznych sugerują, że rezygnacja może być wynikiem wewnątrzpsychicznego kompromisu między różnymi nieakceptowanymi uczuciami, takimi jak gniew, żal lub podniecenie, a aktywowanym przez nie lękiem, wstydem lub poczuciem winy [42–44]. Wyzwolenie MS w warunkach psychoterapii ukierunkowanej na wgląd może w takich wypadkach wynikać ze zderzenia się z owymi trudnymi do zniesienia uczuciami. Między innymi Erik Erikson zwraca uwagę na prosuicydalny aspekt tego rodzaju stanów psychicznych, które w ramach swojej teorii rozwoju psychospołecznego przypisuje kumulacji i utrwaleniu się niepomyślnych rozwiązań szeregu kryzysów

rozwojowych [45]. Ponadto wyniki te przywodzą na myśl stwierdzenia Aarona T. Becka, według którego wycofanie i rezygnacja mogą być następstwem kierowania się dysfunkcyjnymi schematami poznawczymi, skłaniającymi do nieuzasadnionego pesymizmu, spodziewania się nadmiernie negatywnych wydarzeń oraz tworzenia zniechęcających do działania wyobrażeń o przyszłości. Wynikające z owych zniekształceń poznawczych przytłaczające poczucie bezradności i braku nadziei mogą według Becka prowadzić do MS i samobójstwa [42]. Innym źródłem MS może być związane z korektą schematów poznawczych w toku psychoterapii uświadomienie sobie zakresu zaprzepaszczonej możliwości życiowych.

Dysfunkcjonalność schematów poznawczych sugeruje również postawa „Kieruję się przede wszystkim instynktem, intuicją” ($p = 0,035$), która także, jak ustalono, może predysponować do wystąpienia MS pod koniec psychoterapii. Z punktu widzenia podejścia poznawczego owa nieracjonalność stosowanych schematów poznawczych w perspektywie psychodynamicznej może odpowiadać ogólnej niedojrzałości mechanizmów obronnych oraz skłonności do myślenia życzeniowego. Nierzadko takie funkcjonowanie wynika ze słabej zdolności do radzenia sobie z frustracją oraz niemożności odraczania gratyfikacji. Są to dysfunkcje, których terapia jest czasochłonna i w sposób nieunikniony związana z frustracją. Jej przeżywanie w stosunkowo bezpiecznych warunkach leczenia daje pacjentom możliwość wypracowywania dojrzszych mechanizmów radzenia sobie z określonymi źródłami frustracji. W tym kontekście ujawnienie się MS nie jest zaskakujące, a co za tym idzie – pacjenci z tego rodzaju trudnościami najczęściej kierowani są do kontynuacji leczenia psychoterapeutycznego [46].

Wśród analizowanych postaw najsilniejszą predyspozycję do ujawnienia się MS pod koniec psychoterapii stwierdzono w wypadku deklaracji „Zdarza mi się pobić kogoś z rodziny lub przyjaciela” ($p < 0,001$), która obrazuje wyraźną skłonność do agresji i impulsywność. (Podobny, bliski granicy istotności trend stwierdzono w wypadku predysponującej do wystąpienia MS postawy „Często bywam okrutna/okrutny dla moich bliskich”; $p = 0,057$). Oznacza to, że praca psychoterapeutyczna nad przyczynami lub konsekwencjami własnej agresywności fizycznej wobec bliskich wyzwała napięcia emocjonalne prowadzące do ujawnienia się MS. Rolę impulsywności i problemów w relacjach interpersonalnych w suicydogenezie uwzględnia szereg modeli teoretycznych samobójstwa. Przykładem tego może być integrujący wiele wcześniejszych koncepcji model motywacyjno-wolicjonalny autorstwa Rory’ego C. O’Connora [42]. Literatura przedmiotu dostarcza także wielu dowodów empirycznych na istnienie dodatnich korelacji pomiędzy agresją i impulsywnością a suicydalnością, w tym MS. Najczęściej są to badania poświęcone pacjentom z zaburzeniami psychicznymi, w których obrazie impulsywność odgrywa ważną rolę, m.in. z zaburzeniami osobowości chwiejnej emocjonalnie, zaburzeniami osobowości dyssocjalnej, zaburzeniami osobowości histrionicznej oraz zaburzeniami afektywnymi [47]. Szczególnie u osób młodych obserwuje się częste współwystępowanie impulsywności, drażliwości i agresji z objawami ze spektrum autoagresji takimi jak MS, PS czy też niesamobójcze samoookaleczenia [48]. Przy czym część badaczy [49, 50] przyjmuje, że impulsywność jest manifestacją niskiego poziomu sumienia i traktuje te dwie zmienne jako opozycyjne względem siebie. Ten pogląd współbrzmi z uzyskanymi

wynikami dotyczącymi postaw, które obrazują sumienność („Zwykle, zanim podejmę decyzję, analizuję drobiazgowo wszystkie fakty i detale”; $p = 0,043$ oraz „Bywam tak zapracowany, że nie mam czasu na rozrywkę”; $p = 0,044$), które łączyły się z istotnie mniejszym niż przeciętne ryzykiem wystąpienia MS. Łącznie uzyskane wyniki potwierdzają konieczność zachowania szczególnej ostrożności podczas prowadzenia psychoterapii pacjentów z problemami impulsywności i agresji także wówczas, gdy wyjściowo nie stwierdza się u nich obecności MS.

Podobnie jak przy dwóch wyżej wymienionych postawach wyraźny wpływ „ochronny” przed ujawnieniem się MS stwierdzono też w wypadku postawy „Dobrze wiem, co jest dobrem, a co złem” ($p = 0,002$). Wydaje się ona odzwierciedlać silne poczucie wewnątrzsterowności i posiadania przejrzystych zasad moralnych (dostrzegalną również w „ochronnie” wpływającej postawie „Nawet kiedy się bardzo staram, nie pracuję tak szybko jak inni”; $p = 0,049$). Wyniki te są zbieżne z wnioskami klasyka suicydologii Émile’a Durkheima [51], zgodnie z którymi rozluźnienie lub niejasność norm i zasad społecznych może prowadzić do MS i samobójstwa (tzw. samobójstwa anomicznego). Podobnie późniejszy suicydolog Benjamin Wolman w swoich badaniach podkreślał m.in. prosuicydalny wpływ kultury XX wieku, promującej rozkład więzi rodzinnych, alienację, depersonalizację relacji międzyludzkich oraz ztracanie wartości i tożsamości [42].

Pewnym ograniczeniem przeprowadzonego badania było to, że pytanie *Kwestionariusza objawowego „O”* o odczuwaną „chęć odebrania sobie życia” dotyczy minionych siedmiu dni. Stąd możliwe było niewychwycenie zwiewnych MS w trakcie trwania terapii, jak również nieuwzględnienie MS, które mogły występować u pacjentów przed leczeniem w bardziej odległej przeszłości. Warunki prowadzonej terapii nie pozwalały także na zweryfikowanie trwałości uzyskanych wyników. Ponadto, podobnie jak we wszystkich badaniach kwestionariuszowych, nie można wykluczyć nierzetelności pacjentów przy wypełnianiu kwestionariusza. Należy też zwrócić uwagę, że pomimo jednoznacznej treści pytania o MS doświadczenie kliniczne pokazuje, że MS zadeklarowanych przez pacjentów nie można we wszystkich przypadkach utożsamiać z MS stwierdzanymi podczas badania przeprowadzanego przez klinicystę. Warunki kliniczne nie pozwoliły także na zestawienie uzyskanych obserwacji z obserwacjami grupy kontrolnej.

Przebieg terapii psychodynamicznej nie zakładał ściśle określonego planu oddziaływań psychoterapeutycznych. Interwencje terapeutyczne były formułowane na bieżąco w odniesieniu do konkretnych osób tworzących grupy psychoterapeutyczne. W związku z tym zaobserwowane zmiany w odniesieniu do każdego pacjenta mogły być wynikiem nieco innych oddziaływań psychoterapeutycznych z zakresu interwencji mieszczących się w założeniach terapii zintegrowanej z przewagą podejścia psychodynamicznego. Nieuniknionym ograniczeniem, które wynika z warunków leczenia w oddziale dziennym, jest nieobjęcie badaniem pacjentów znajdujących się w stanie wysokiego zagrożenia samobójczego. Należy również dodać, że MS są objawem o wysoce złożonej etiopatogenezie i niniejsze badanie skupiło się tylko na pewnej części z szerokiego spektrum czynników, które mogą mieć wpływ na ich występowanie.

Wnioski

Mnogość kontekstów pojawienia się MS u pacjentów w toku psychoterapii stanowi istotną trudność dla zespołu terapeutycznego. Z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjentów oraz lepszego dostosowania interwencji terapeutycznych wiedza na temat cech osobowości nerwicowej oraz dysfunkcyjnych postaw predysponujących do wystąpienia MS w trakcie psychoterapii u osób cierpiących z powodu zaburzeń lękowych, behawioralnych i osobowości jest niezbędna do planowania leczenia w oddziale dziennym. U pacjentów deklarujących wymienione wyżej postawy wyższe niż u pozostałych ryzyko wystąpienia MS pod koniec cyklu psychoterapii (10–30% vs. 4%), przy wyjściowej ich nieobecności, wskazuje na istnienie dysfunkcji w określonych obszarach osobowości, nad którymi intensywna praca psychoterapeutyczna wymaga szczególnej ostrożności i może wyzwalać napięcia emocjonalne prowadzące do wystąpienia MS. Uzyskane wyniki sugerują, że wystąpienie MS może być następstwem przebudowy mechanizmów obronnych podczas pracy nad wglądem, konfrontacją z przyczynami i konsekwencjami własnej agresywności fizycznej wobec bliskich, urealnianiem wielkościowego myślenia na swój temat i wglądem w jego funkcję oraz nad wglądem w przyczyny postaw rezygnacyjnych.

Piśmiennictwo

1. Tidemalm D, Långström N, Lichtenstein P, Runeson B. *Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up.* BMJ 2008; 337: a2205.
2. Bentley KH, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Fox KR, Nock MK. *Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review.* Clin. Psychol. Rev. 2016; 43: 30–46.
3. Leenaars AA. *Psychotherapy with suicidal people a person-centred approach.* Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.; 2004.
4. Fowler JC. *Core principles in treating suicidal patients.* Psychotherapy (Chic.) 2013; 50(3): 268–272.
5. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D i wsp. *The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention.* Eur. Psychiatry 2012; 27(2): 129–141.
6. Rodziński P, Sobański JA, Rutkowski K, Cyranka K, Murzyn A, Dembińska E i wsp. *Skuteczność terapii w zakresie redukcji nasilenia i eliminacji myśli samobójczych na oddziale dziennym leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych.* Psychiatr. Pol. 2015; 49(3): 489–502.
7. Norcross JC. red. *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*, 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2011.
8. Wampold BE. *Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment.* Am. Psychol. 2007; 62(8): 857–873.
9. American Group Psychotherapy Association. *Practice guidelines for group psychotherapy.* New York: American Group Psychotherapy Association; 2007.

10. Castonguay LG, Hill C. red. *Insight in psychotherapy*. Washington, DC, US: American Psychological Association Insight in Psychotherapy; 2007.
11. Maat de S, Jonghe de F, Schoevers R, Dekker J. *The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies*. Harv. Rev. Psychiatry 2009; 17(1): 1–23.
12. Cramer P. *Defense mechanisms: 40 years of empirical research*. J. Pers. Assess. 2015; 97(2): 114–122.
13. Perry JC. *Defense Mechanism Rating Scales (DMRS)*. Cambridge: MA: Author; 1990.
14. Vaillant GE. *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*. Washington, DC, US: American Psychiatric Association; 1992.
15. Vaillant GE, Bond M, Vaillant CO. *An empirically validated hierarchy of defense mechanisms*. Arch. Gen. Psychiatry 1986; 43(8): 786–794.
16. Mikulska U, Styła R. *Zmiany nasilenia objawów zaburzeń psychicznych w toku oddziaływań psychoterapeutycznych a efektywność psychoterapii*. Psychoterapia 2011; 2(157): 71–82.
17. Sokolik Z, Dudek ZW. *Psychoanaliza*. W: Grzesiuk L red. *Psychoterapia. Teoria*, wyd. 1. Warszawa: ENETEIA Wydawnictwo Psychologii i Kultury; 2005. S. 31–132.
18. Bystedt S, Rozental A, Andersson G, Boettcher J, Carlbring P. *Clinicians' perspectives on negative effects of psychological treatments*. Cogn. Behav. Ther. 2014; 43(4): 319–331.
19. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Davis JM, Mann JJ. *Suicidal thoughts and behavior with antidepressant treatment. Reanalysis of the randomized placebo-controlled studies of fluoxetine and venlafaxine*. Arch. Gen. Psychiatry 2012; 69(6): 580–587.
20. Seo HJ, Jung YE, Jeong S, Kim JB, Lee MS, Kim JM i wsp. *Persistence and resolution of suicidal ideation during treatment of depression in patients with significant suicidality at the beginning of treatment: The CRESCEND study*. J. Affect. Disord. 2014; 155: 208–215.
21. Stone M, Laughren T, Jones ML, Levenson M, Holland PC, Hughes A i wsp. *Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: Analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration*. BMJ 2009; 339(7718): b2880.
22. Zisook S, Lesser IM, Lebowitz B, Rush AJ, Kallenberg G, Wisniewski SR i wsp. *Effect of antidepressant medication treatment on suicidal ideation and behavior in a randomized trial: An exploratory report from the Combining medications to enhance depression outcomes study*. J. Clin. Psychiatry 2011; 72(10): 1322–1332.
23. Bergin AE. *The effects of psychotherapy: Negative results revisited*. J. Couns. Psychol. 1963(3); 10: 244–250.
24. Barlow DH. *Negative effects from psychological treatments: A perspective*. Am. Psychol. 2010; 65(1): 13–20.
25. Hatfield D, McCullough L, Frantz SH, Krieger K. *Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change*. Clin. Psychol. Psychother. 2010; 17(1): 25–32.
26. Hannan C, Lambert MJ, Harmon C, Nielsen SL, Smart DW, Shimokawa K i wsp. *A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure*. J. Clin. Psychol. 2005; 61(2): 155–163.
27. Roback HB. *Adverse outcomes in group psychotherapy*. J. Psychother. Pract. Res. 2000; 9(3): 113–122.
28. Ladwig I, Rief W, Nestoriuc Y. *What are the risks and side effects of psychotherapy? – Development of an Inventory for the Assessment of Negative Effects of Psychotherapy (INEP)*. Verhaltenstherapie 2014; 24(4): 252–264.

29. Baek JH, Heo JY, Fava M, Mischoulon D, Nierenberg A, Hong JP i wsp. *Anxiety symptoms are linked to new-onset suicidal ideation after six months of follow-up in outpatients with major depressive disorder*. J. Affect. Disord. 2015; 187: 183–187.
30. Sobański JA, Cyranka K, Rodziński P, Klasa K, Rutkowski K i wsp. *Czy cechy osobowości i nasilenie objawów nerwicowych wiążą się ze sprawozdawaniem myśli samobójczych u pacjentów dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych?* Psychiatr. Pol. 2015; 49(6): 1343–1358.
31. Rodziński P, Rutkowski K, Sobański JA, Murzyn A, Cyranka K i wsp. *Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a występujące u nich przed rozpoczęciem hospitalizacji cechy osobowości nerwicowej*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(6): 1303–1321.
32. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *Kwestionariusz osobowości nerwicowej. KON-2006*. Psychiatr. Pol. 2007; 41(6): 759–778.
33. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 1994; 28(6): 667–676.
34. Aleksandrowicz J. *Psychoterapia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000.
35. Cyranka K, Rutkowski K, Mielimąka M, Sobański JA, Smiatek-Mazgaj B, Klasa K i wsp. *Zmiany w zakresie funkcjonowania osobowości w wyniku psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u osób u zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości – MMPI-2*. Psychiatr. Pol. 2016; 50(1): 105–126.
36. Sobański JA, Klasa K, Cyranka K, Mielimąka M, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł i wsp. *Skuteczność intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym oceniana za pomocą Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(5): 1025–1041.
37. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. *Kwalifikacja do intensywnej psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic*. Psychiatr. Psychoter. 2011; 7(4): 20–34.
38. Mazgaj D, Stolarska D. *Model terapii nerwic na oddziale dziennym*. Psychiatr. Pol. 1994; 28(4): 421–430.
39. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *Kwestionariusz osobowości nerwicowej. KON-2006*. Psychiatr. Pol. 2007; 41(6): 759–778.
40. Baumeister RF. *Suicide as escape from self*. Psychol. Rev. 1990; 97(1): 90–113.
41. Nock MK. red. *Oxford textbook of suicide*. New York: Oxford University Press; 2014.
42. O'Connor RC, Platt S, Gordon J. *International handbook of suicide prevention*. Chichester: John Wiley & Sons; 2011.
43. Davanloo H. *Clinical manifestations of superego pathology*. International Journal of Short-Term Psychotherapy 1987; 2(4): 225–254.
44. Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO. red. *Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2013. S. 401–434.
45. Stillion JM, McDowell EE, May MJ. *Suicide across the life span: Premature exits*. New York: Hemisphere; 1989.
46. Beck AT, Davis DD, Freeman A. red. *Poznawcza terapia zaburzeń osobowości*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2005.
47. Jakubczyk A, Wojnar M. *Impulsywność – definicje, teorie, modele*. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2009; 18(4): 349–356.
48. Conner KR, Meldrum S, Wieczorek WF, Duberstein PR, Welte JW. *The association of irritability and impulsivity with suicidal ideation among 15 – to 20-year-old males*. Suicide Life Threat. Behav. 2004; 34(4): 363–373.

49. Hayward RD, Taylor WD, Smoski MJ, Steffens DC, Payne ME. *Association of five-factor model personality domains and facets with presence, onset, and treatment outcomes of major depression in older adults*. Am. J. Geriatr. Psychiatry 2013; 21(1): 88–96.
50. Watson D, Hubbard B. *Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the Five-Factor Model*. Journal of Personality 1996; 64(4): 736–774.
51. Durkheim E. *Samobójstwo. Studium z socjologii*. Warszawa: Oficyna Naukowa; 2006.

Adres: Paweł Rodziński
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
Katedra Psychoterapii
31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14
e-mail: paulrodzinski@gmail.com

Otrzymano: 8.06.2017
Zrecenzowano: 19.01.2018
Otrzymano po poprawie: 29.01.2018
Przyjęto do druku: 8.04.2018